

序 章

井伊 雅子¹

高齢化や技術進歩により医療費や介護費が増え、財政負担が増加している。財政負担を減らす保健医療制度改革は、国民に痛みを強いると思われがちだが、システムをうまく変える事で、経費を抑制しつつも保健医療制度の質や国民の満足度を高める方策もあるのではないかと。高齢化や技術革新などによる保健医療費高騰が国家財政を圧迫している国や地域は日本だけでなく、多くの国々では、そうした問題に対応するために、地域医療や介護制度の政策立案に費用対効果の視点を取り入れるなど、実践や研究の蓄積が進んでいる。一方で、高齢化が世界で最も進んでいる日本は、この点で世界に大変遅れをとっている。

昨今、医療費を多く使う疾病の上位は生活習慣病関連であり、国民が努力をして予防すること、特にハイリスクの住民を適切な受診に繋げて重症化を予防するような仕組みづくりは確かに重要だ。しかし、日本の医療制度の問題点は、そのようにして受診に繋げても、出来高払い制度のもと、医療機関で過剰な投薬（それも優越性が必ずしも明確でない高価な新薬）や検査が行われる傾向がある。また一方で、必要な医療（介護を含む）を受けられない「過少医療」も問題になっている。そうした問題を改めない限り、医療費適正化にも患者の生活の質向上にもつながらない。

政府が進めようとしている公的なサービスの産業化やインセンティブ改革では、高齢化に直面した日本の保健医療制度をより良いものにするには難しい。例えば「健康経営」として、従業員の健康意識を高めたり、企業の業績と結びつける試みは、各企業の取り組みとしては評価されても、高齢者の医療費はコントロールできない。

“Choosing Wisely”とあって「患者が賢く選ぶ」ことも推奨されているが、患者と医師の間には情報の非対称性があり、患者の努力に頼るだけでは限界がある。まずは医師や看護師などの医療者が良心的かつ思慮深く診療や治療を選べる実力をつけて、患者と共通の理解基盤のもとに、一緒に意思決定をしていく（shared decision making）ことが期待される。

限られた財源を効率的に配分するため、すなわち現役世代を中心に国民が増大する負担に納得して応じられるため、まず政府が主導して進めるべきことは、医療者が行う診療の質を担保する仕組みと、それに応じた支払い制度を導入することだ。今までのような給付の一律削減という政策では必要なサービスまで削減してしまうことになる。

本研究会では支払い制度の改革について海外の知見等も含めて議論した。

例えば、オーストラリアは日本と同様にフリーアクセスであるが、結果として地域住民は家庭医を選ぶ。なぜなら、地域の家庭医診療所（多くは民間の開業医）と協力して運営されるレベルの高いプライマリ・ケアの卒前教育と卒後教育（日本の後期研修・専門研修

¹ 一橋大学 国際・公共政策大学院 教授

に相当)によって、家庭医が優れたゲートキーピングから看取りの医療まで行えるからだ。オランダ、英国、デンマークは、すべての住民が一箇所の家庭医診療所に登録しており、近年電子カルテ化がほぼ100%進み、国民の生涯にわたる医療記録となり、診療ガイドラインの作成や医師の研修や評価に活用されている。地域医療の支払い制度（人头払い、出来高払い、そして国によっては成果払いなど）をその国の実情に合わせて工夫することで、こうした改革を後押ししている。

日本の医療制度では、地域住民が健康になることが、医療機関の経営リスクとなっている。この問題の解決には、医療の質の向上が必ずしも薬や機器をたくさん使うことではないと理解したうえで、地域医療を担当する医療者の収入を支える仕組みづくりに工夫が必要だ。医療提供者と患者の利害が一致するような報酬体系を考えることが重要となる。

例えば2004年に英国で導入されたQOF(Quality and Outcomes Framework)という成果払い制度は、臨床研究のエビデンス（科学的根拠）に基づいて診療の質を高めることを金銭的に誘導した制度である。オーストラリアを始め多くの国々がQOFを参考に成果払い制度を一部導入しており、5～7章で議論する米国のACO(Accountable Care Organization)もQOFを参考にしている。

海外で進められている改革から我々が学ぶ際には、それぞれの国のコンテキストの理解が必須だ。その上で、プライマリ・ケアの先進国がどのように広域にわたる公益性の高い取り組みをしているかを学ぶべきである。日本でも診療内容に対する経済誘導は長年行なってきたが、地域の疾病データに基づいた広域で行なう、公益性の高い取り組みはほとんどない。欧州やオーストラリアなどは公的な医療機関が主体なので改革をしやすいという意見もあるが、実は多くの国々ではプライマリ・ケアを担当する家庭医診療所は、開業の規制はあるが、“private（民間）”として運営されおり、診療所の医師（家庭医）は、資本の調達や回収などの経営責任を負っている。国によって政府の政策的な関与は異なるにしても、日本の医療保険制度も税金や保険料など公的に運営されており、公共財としての意識を医療者も国民も持つべきだろう。

各論文の概要は以下の通りである。

（井伊論文）

政府は、経済再生と財政健全化を両立させる政策として、公的サービスの産業化やインセンティブ改革を強調しているが、インセンティブ改革を行うのであれば、健康な時から継続的に地域住民の健康状況を把握し、地域住民が健康になることで医療機関が経営できる支払い制度に改めるべきだろう。そのためにも保険者の財政支援の在り方や、医療者への支払方式の「インセンティブ改革」が必要だ。

現在の日本の医療制度のように、フリーアクセスで出来高制の診療報酬であり、住民1人あたりの受診頻度が高く1人あたりの診療時間が短い中で、看護師や保健師の果たす役割は大きい。主に医師の診療行為に支払われる現行の診療報酬を、多職種連携を促進する支払方式にするなどの考慮が必要だろう。そして、所得格差が拡大し貧困層が増加する中、

自己負担の増額だけに頼るのではなく、所得税改革など「世代内の公平」、「世代間の公平」の観点からの制度見直しも一層進めていく必要がある。

(関本論文)

患者が受診先を1ヶ所に決めずに複数の医療機関を受診することは、医療のコストにどのような影響を与えるのだろうか。協会けんぽのレセプト・データ分析の結果、複数の慢性疾患を持つ高血圧患者のうち、すべての疾患を1ヶ所でなく複数の医療機関で治療を受けている患者の割合は、それほど多くないが、医療費は1.3～1.5倍かかっていた。しかし複数の医療機関にばらばらに関わることのデメリットはコストの問題だけではない。

患者がかかりつけ医を積極的に利用するためには、質の高いかかりつけ医を選ぶ事で患者がメリットを実感できるようなシステムの構築が鍵となる。また医療者にとっては、継続して患者の健康状態の全般をケアしたり、予防医療を提供する事が高く評価されるような報酬制度が必要とし、具体的な提案を行っている。

(近藤論文)

日本では不要な受診を抑制するために、医療費の自己(窓口)負担を増やす制度改革が行われてきた。その功罪を近藤論文は指摘している。自己負担はできるだけ低くして、保険料や税金など公的財源で対応している国は少なくない。健康水準を上げる方法には、医療以外にも様々な非医療的アプローチがある。紹介されているWHOのスローガン『Health in All Policies』のように、日本でも医療政策だけでなく、教育や雇用政策など他の政策も動員して健康水準を上げることで医療費が抑制されるアプローチも考慮すべきだろう。

(森山論文)

4章では、森山がポピュレーション・ヘルス・マネジメントの考え方を紹介し、その考え方を地域包括ケアシステムの保健・医療・介護・リハビリテーションに応用することで地域全体への対策を包括的に検討することが可能となることを、広島県呉市や大崎上島町の事例で示している。後期高齢者医療制度、国保、介護保険のレセプトの突合分析を行うと、医療や介護に関する詳細な実態が浮かび上がってくる。医療費を使用している疾患の多くは、予防対策により発症・再発・重症化予防が可能であり、プライマリ・ケア医、看護師、理学療法士や栄養士などの介入で、医療費を適正化が可能となることを示している。

(前島、岩崎、森山論文)

5～7章までは、米国のメディケアにおけるAccountable Care Organization (ACO)の取り組みを紹介している。医療費の多くを使用する高齢者の疾病構造は慢性疾患が大きな割合を占めるのはどの国も同様である。ACOはプライマリ・ケア医を核とする医療提供者の組織であり、医療の質の維持と医療費抑制のインセンティブを付与した支払い方法を開発している。ACOは、我が国で推進される地域包括ケアシステムに、データヘルス計画と地域医療構想、定額支払い制度が組み込まれたものに近い機能を持ち(森山)、我が国の医療提供体制を考える上で参考になるメカニズムを持つ。

(松田論文)

地域医療構想とは、住民を交えた幅広い関係者が、地域の実情に応じた課題を抽出し、実現に向けた施策を検討することで、将来の地域の医療のあり方を考え合意していく取り組みである。地域医療構想策定に当たっては、関係者に機能別病床数を推計するロジックを正しく理解してもらい、その限界を知ってもらうことが前提として非常に重要である。地域医療構想は、2018年（平成30年）の第7次医療計画や地域包括ケア計画に繋がっていくものである。医療提供体制面について、特に高度急性期や急性期の病床は専門医の養成課程によって医師の配置が決まってしまうため、大学医学部との調整も必要となる。また、回復期病床は典型的には地域包括ケア病床であり、急性期からの受け入れ、在宅支援、在宅復帰の誘導が必要となるため、診療所や介護施設との連携のしやすさを考慮する観点から、診療所の医師や介護関係者の意見聴取が必要となる。

(森田論文)

慢性疾患の患者は入院のリスクが高く、それが医療費を高騰させている。財政破綻し、医療体制が縮小した夕張市では、医療政策を転換せざるをえず、多職種での取り組み等で慢性疾患の再発や重症化予防をはじめ予防医療を重視した。その結果、老衰での自然死が増加し、住民の意識も変わり、医療費も減少した。

政府は医療や健康分野を成長産業にしていると言っているが、今後成長が期待される分野を選び、それに補助を与えて育成することは政府が果たすべき役割ではないであろう。我々が日常利用する医療サービスの多くは、通常の財と異なり、お金をかければかけるほど質が良くなるわけではない。医療サービスは情報の非対称性があり、過度に商業化されがちなサービスである。医療や介護給付費の単なる抑制にならないように、医療や介護の質を高めつつ、財政に寄与する費用対効果を考慮する評価方法の導入、そしてそのための人材やデータ整備、予防がインセンティブとなる支払い制度設計が必要となる。これは昨今OECDやWorld Bankなどの提言でも強調されている論点である。